



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PAOLA COSTA CARVALHO

**READMISSÕES NÃO PROGRAMADAS NA PERSPECTIVA DA TEORIA DA
INCERTEZA DE MISHEL**

Brasília
2018



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PAOLA COSTA CARVALHO

**READMISSÕES NÃO PROGRAMADAS NA PERSPECTIVA DA TEORIA DA
INCERTEZA DE MISHEL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (TCCE) apresentado à comissão de graduação para TCCE da Faculdade de Ceilândia / Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cris Renata Grou Volpe

Brasília
2018

PAOLA COSTA CARVALHO

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

**READMISSÕES NÃO PROGRAMADAS NA PERSPECTIVA DA TEORIA DA
INCERTEZA DE MISHEL**

Trabalho apresentado e aprovado por banca avaliadora abaixo descrita.

Brasília, 27 de novembro de 2018.

Cris Renata Grou Volpe

Orientador

Silvana Schwerz Funghetto

Membro

Diana Lúcia Moura Pinho

Membro

Brasília

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força e paz que me proporcionou no decorrer do curso. Agradeço aos meus pais Antônia e Paulo, por todo apoio, paciência, dedicação e compreensão nos meus momentos de dificuldade. Agradeço ao meu namorado Leonardo pela compreensão, motivação e apoio. Agradeço a minha orientadora Prof^a Dr^a Cris Renata Grou Volpe pelas contribuições e conhecimentos adquiridos. Agradeço a Prof^a Dr^a Diana Lúcia Moura Pinho e a Enf^a Ms. Raíza Rana de Souza Lima pelo período de iniciação científica e as oportunidades relacionadas. Por fim, agradeço aos meus amigos que me acompanharam na graduação.

SUMÁRIO

RESUMO	6
INTRODUÇÃO.....	6
MÉTODO	7
RESULTADOS	9
DISCUSSÃO.....	14
CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS	17
ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	19
ANEXO II - NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO PELA REVISTA BAIANA DE ENFERMAGEM (RBE).....	22

READMISSÕES NÃO PROGRAMADAS NA PERSPECTIVA DA TEORIA DA INCERTEZA DE MISHEL

Resumo

Objetivo: avaliar a incerteza na doença na perspectiva do familiar de criança readmitida à luz da Teoria de Merle Mishel. Método: estudo exploratório e descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, realizado em unidade de internação pediátrica de hospital público do Distrito Federal, com uso de questionário socioeconômico, clínico e a escala de incerteza de Mishel. Resultados: majoritariamente, os participantes apontaram que a criança tem dias bons e ruins (70%), não consideram o diagnóstico como sendo definitivo (69,9%), não podem fazer planos para o futuro (63,3%), não sabem o que acontecerá com a criança (63,3%) e reconhecem o risco de descoberta de novas implicações (60%). A escala total obteve Alpha de Cronbach de 0,725, sendo o domínio Ambiguidade o de maior relevância em incerteza. Conclusão: A incerteza manifestou-se no domínio Ambiguidade, refletindo dificuldade na projeção de futuro e possível conflito entre expectativa e realidade frente ao quadro clínico e prognóstico.

Descritores: Teoria de Enfermagem; Readmissão do paciente; Incerteza; Criança.

Introdução

A readmissão hospitalar não programada é um indicador clássico para avaliar a qualidade do cuidado, acompanhar o desempenho do serviço de saúde e verificar a eficácia das orientações fornecidas no momento da alta^{1,2}. É considerada, na atualidade, um problema de saúde pública³.

Na população pediátrica, um coorte retrospectivo mostrou que as principais causas de readmissão hospitalar estão relacionadas a agravos respiratórios, hematológicos e neurológicos, sendo que as readmissões recorrentes foram responsáveis por 23,2% das expensas hospitalares totais⁴.

Sabendo que as readmissões na população adulta são mais frequentemente abordadas que as readmissões pediátricas⁴, faz-se necessário explicar os fatores preditores relacionados ao evento nesta população e de que maneira a readmissão é percebida pelos familiares da criança.

Fatores individuais como a idade, renda e escolaridade; fatores clínicos, como a presença de doenças crônicas e fatores de acesso e acompanhamento estão relacionados ao maior risco de readmissão pediátrica⁵.

Quanto aos fatores psicológicos, é fundamental a aplicação de instrumentos que permitam a mensuração de aspectos, a princípio, intangíveis⁶. Nesse contexto, a enfermeira Merle Mishel desenvolveu a Teoria da Incerteza na Doença, a qual trata das incertezas e ansiosos dos indivíduos doentes, dos familiares e dos pais de crianças doentes frente a um agravo de saúde, agudo ou crônico, que provoca tensão por não saber o que pode ocorrer futuramente⁷.

A teoria inclui uma escala de versão para familiares do paciente, com itens que se distribuem em quatro domínios: ambiguidade, que diz respeito à dificuldade no planejamento de futuro e na realização dos cuidados com a criança; falta de clareza, no caso, quanto às informações sobre o tratamento da criança; falta de informação, especificamente a respeito do diagnóstico e da gravidade da doença; e imprevisibilidade, ou seja, a dificuldade em prever a manifestação dos sintomas⁷. No Brasil, a escala foi traduzida, adaptada e validada a partir de estudo com familiares de pacientes com lesão medular⁸.

A aplicação da escala mostrou, em estudo⁹ com familiares de crianças com leucemia, alto índice de incerteza, principalmente nos domínios imprevisibilidade e ambiguidade. Outro trabalho¹⁰, com familiares de crianças em período pós-operatório, mostrou predominância da ambiguidade.

Considerando o exposto, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar a incerteza na doença na perspectiva do familiar de criança readmitida à luz da Teoria de Merle Mishel, especificamente: caracterizar o perfil socioeconômico do responsável e clínico da criança; mensurar os domínios da incerteza do familiar acerca da doença e descrever os fatores relacionados aos domínios da incerteza.

Método

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, realizado com familiares de crianças readmitidas em unidade de internação pediátrica do Hospital Regional da Ceilândia, instituição pública no Distrito Federal. O setor possui 29 leitos dispostos em 4 alas, as quais amparam quadros respiratórios, condições

crônicas e cirúrgicas, além de distúrbios metabólicos. Estudo prévio de abordagem mista explanatória sequencial mostrou taxa de readmissão de 37,7% no referido setor³.

Os participantes foram selecionados obedecendo-se critérios específicos. Os critérios de inclusão foram: possuir grau de parentesco com a criança; ter acompanhado esta em, no mínimo, uma internação anterior; e concordar em participar do estudo a partir de concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: familiares de crianças não readmitidas, ou seja, no primeiro episódio de internação; ou não ter acompanhado a criança em internação anterior.

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador responsável entre os meses de maio de 2017 e julho de 2018, no ambiente do setor de internação, utilizando-se dois instrumentos: questionário socioeconômico (sexo do participante, idade do participante, sexo da criança, idade da criança, grau de parentesco, escolaridade do participante e renda familiar) e clínico (presença de condição crônica e acompanhamento no período pós-alta); e a escala de incerteza de Mishel, na versão de aplicação para familiares do paciente. O formulário da escala possui 31 itens apresentados no formato de escala de Likert: discordo totalmente (DT -1), discordo (D - 2), indeciso (3), concordo (C - 4) e concordo totalmente (CT - 5), distribuídos nos domínios Ambiguidade, Falta de Clareza, Falta de Informação e Imprevisibilidade.

Nota-se que o padrão de resposta varia de discordo totalmente a concordo totalmente e, assim, quanto maior a concordância, maior a incerteza dos familiares. No entanto, existem 10 itens (6, 9, 11, 19, 23, 25, 27, 28, 30 e 31) que são pontuados de forma inversa, ou seja, quanto maior a concordância, menor a incerteza.

As respostas a cada item foram analisadas, considerando $\geq 60\%$ em concordo ou discordo como polarização da amostra. A pontuação total da escala varia entre 31 e 155 pontos, ao somar os escores de cada item conforme supracitado. Cada domínio da escala foi avaliado separadamente, visando à análise de concentração dos níveis de incerteza.

As informações coletadas foram dispostas em planilha no *Microsoft Office Excel 2007*, gerando o banco de dados para análise estatística com processamento no *software SPSS* versão 20. Utilizou-se o cálculo de Alpha Cronbach para verificação da consistência interna dos itens da Escala de Incerteza de Mishel, sendo que a literatura traz que esse coeficiente é considerado aceitável quando superior a 0,7¹¹.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS e, em seguida, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – CEP/FEPECS, CAAE 44493415.0.3001.5553.

Resultados

A amostra foi composta por 30 familiares de crianças readmitidas que estavam internadas na unidade pediátrica. A caracterização dos participantes está disposta na Tabela 1.

Tabela 1 – Características dos familiares de crianças readmitidas. Brasília, DF, Maio de 2017 a Julho de 2018.

Características dos Familiares	N=30	%
Sexo		
Feminino	27	90
Masculino	3	10
Idade		
Até 20 anos	4	13,3
21- 40 anos	24	80
41-60 anos	1	3,3
Mais de 60 anos	1	3,3
Grau de escolaridade		
Ensino fundamental completo	1	3,3
Ensino fundamental incompleto	9	30
Ensino médio completo	9	30
Ensino médio incompleto	7	23,3
Ensino superior completo	2	6,6
Ensino superior incompleto	2	6,6
Parentesco		
Mãe	24	80
Pai	2	6,6
Irmã	2	6,6
Avó	1	3,3
Tio	1	3,3

No que diz respeito à renda familiar, esta variou entre R\$300,00 e R\$4.000,00, com média de R\$1.641,26.

Quanto às crianças readmitidas, sua caracterização está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2 – Características das crianças readmitidas. Brasília, DF, Maio de 2017 a Julho de 2018.

Características das Crianças Readmitidas	N=30	%
Sexo		
Feminino	14	46,6
Masculino	16	53,3
Idade		
< 3 anos	23	76,6
3 a < 6 anos	4	13,3
6 a < 10 anos	2	6,6
10 a < 14 anos	1	3,3
Condição crônica		
Ausente	15	50
Presente		
- Neurológica	9	30
- Cardíaca	3	10
- Respiratória	2	6,6
- Hematológica	1	3,3

Além disso, destaca-se que 11 crianças (36,6%) não receberam acompanhamento profissional no período pós-alta, seja por marcação de retorno ou contrarreferência à Unidade Básica de Saúde.

Com relação à Escala de Incerteza de Mishel, os dados obtidos quanto ao domínio Ambiguidade estão dispostos na Tabela 3.

Tabela 3 – Domínio Ambiguidade sob a perspectiva dos familiares de crianças readmitidas. Brasília, DF, Maio de 2017 a Julho de 2018.

	DT 1	D 2	Indeciso 3	C 4	CT 5
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
3) Eu não tenho certeza se ele(a) está ficando melhor ou pior da doença.	21(70)	1(3,3)	-	-	8(26,6)
4) Eu não sei o quão ruim será a dor dele(a)	14(46,6)	-	-	2(6,6)	14(46,6)
8) Os sintomas dele(a) mudam de forma imprevisível.	17(56,6)	-	-	1(3,3)	12(40)
13) É difícil saber se o tratamento ou as medicações dele(a) estão servindo.	16(53,3)	2(6,6)	1(3,3)	1(3,3)	10(33,3)
15) Por causa da imprevisibilidade da doença dele(a) eu não posso fazer planos para o futuro.	10(33,3)	-	1(3,3)	-	19(63,3)
16) A evolução da doença dele(a)					

muda muito. Ele(a) tem dias bons e ruins.	9(30)	-	-	-	21(70)
17) Eu não sei como cuidarei dele(a) quando ele(a) deixar o hospital.	28(93,3)	-	-	-	2(6,6)
18) Eu não tenho ideia do que acontecerá com ele(a).	11(36,6)	-	-	1(3,3)	18(60)
20) Os resultados dos exames dele(a) são indefinidos.	21(70)	1(3,3)	-	1(3,3)	7(23,3)
21) A eficácia do tratamento é indeterminada	19(63,3)	2(6,6)	1(3,3)	-	8(26,6)
22) É difícil determinar em quanto tempo conseguirei cuidar dele(a) sozinho(a)	13(43,3)	1(3,3)	-	-	16(53,3)
24) Devido ao tratamento, o que ele(a) pode ou não fazer muda muito.	22(73,3)	3(10)	1(3,3)	1(3,3)	3(10)
25) Eu tenho certeza que eles não encontrarão mais nada de errado com ele(a)	15(50)	3(10)	-	-	12(40)

Considerando a polarização de respostas, os itens 3, 17, 20, 21 e 24 revelam que, majoritariamente, a amostra sabe se a criança está melhorando ou piorando da doença (73,3%), refere saber como cuidar da criança após a alta (93,3%), conhece algo sobre os resultados dos exames da criança (73,3%) e sobre a eficácia do tratamento (69,9%), além de reconhecer as limitações como um padrão (83,3%). Apesar disso, destaca-se que os itens 15, 16, 18 e 25 revelam que, em maioria, os participantes não podem fazer planos para o futuro (63,3%), apontam que a criança tem dias bons e ruins (70%), expõem que não sabem o que acontecerá com a criança (63,3%) e reconhecem o risco de descoberta de novas implicações (60%), aspectos que mostram a incerteza nesse domínio.

No que diz respeito ao domínio Falta de Clareza, os dados estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Domínio Falta de Clareza sob a perspectiva dos familiares de crianças readmitidas. Brasília, DF, Maio de 2017 a Julho de 2018.

	DT N %	D %	Indeciso %	C %	CT %
2) Eu tenho muitas dúvidas que não foram esclarecidas.	19(63,3)	-	-	-	11(36,6)
5) As explicações que me dão sobre ele(a) parecem confusas pra mim.	18(60)	3(10)	-	-	9(30)
6) O objetivo de cada tratamento dele(a) está claro pra mim.	5(16,6)	1(3,3)	1(3,3)	2(6,6)	21(70)
7) Eu não sei quando ele(a) fará os					

procedimento.	23(76,6)	-	-	-	7(23,3)
9) Eu entendo tudo que é explicado para mim.	8(26,6)	1(3,3)	1(3,3)	-	20(66,6)
10) Os médicos me dizem coisas que têm muitos significados.	13(43,3)	1(3,3)	-	1(3,3)	15(50)
14) Existem tantos profissionais que é difícil saber o que fazem.	13(43,3)	-	-	-	17(56,6)
29) Eu posso depender dos enfermeiros para estarem presentes quando eu precisar.	-	3(10)	-	7(23,3)	20(66,6)
31) Os médicos e os enfermeiros usam linguagem do dia-a-dia, portanto eu posso entender o que estão dizendo.	8(26,6)	-	-	1(3,3)	21(70)

A polarização de respostas (itens 2, 5, 6, 7, 9, 29 e 31) mostra que, em geral, os participantes não têm muitas dúvidas sem esclarecimento (63,3%), não consideram confusas as explicações (70%), conhecem o objetivo de cada tratamento da criança (76,6%), sabem quando a criança fará os procedimentos (76,6%), entendem as explicações (66,6%), podem depender da assistência de Enfermagem quando necessário (89,9%) e consideram acessível a linguagem dos médicos e enfermeiros (73,3%).

Quanto ao domínio Falta de Informação, os dados obtidos estão expostos na Tabela 5.

Tabela 5 – Domínio Falta de Informação sob a perspectiva dos familiares de crianças readmitidas. Brasília, DF, Maio de 2017 a Julho de 2018.

	DT %	D %	Indeciso %	C %	CT %
1) Eu não sei o que ele(a) tem de errado.	25(83,3)	1(3,3)	-	-	4(13,3)
12) O tratamento dele(a) é muito difícil para entender.	21(70)	-	-	1(3,3)	8(26,6)
26) Eles não deram a ele(a) um diagnóstico específico.	22(73,3)	1(3,3)	-	-	7(23,3)
28) O diagnóstico dele(a) é definitivo e não vai mudar.	19(63,3)	2(6,6)	1(3,3)	-	8(26,6)
30) A gravidade da doença dele(a) já foi confirmada	12(40)	-	-	1(3,3)	17(56,6)

A polarização de respostas (itens 1, 12, 26, 28 e 30) aduz que, majoritariamente, os participantes sabem o que a criança tem “de errado” (86,6%), não consideram o tratamento como sendo de difícil entendimento (70%), referiram haver diagnóstico específico da criança (76,6%) e confirmação da gravidade da doença (60%). Nesse contexto, a incerteza se

manifestou através do item 28, em que 69,9% da amostra discordaram da afirmação “O diagnóstico dele é definitivo e não vai mudar”.

Sobre o domínio Imprevisibilidade, os dados coletados estão explanados na Tabela 6.

Tabela 6 – Domínio Imprevisibilidade sob a perspectiva dos familiares de crianças readmitidas. Brasília, DF, Maio de 2017 a Julho de 2018.

	DT %	D %	Indeciso %	C %	CT %
11) Eu posso imaginar quanto tempo vai durar a doença dele(a)	14(46,6)	1(3,3)	1(3,3)	1(3,3)	13(43,3)
19) Eu geralmente sei se ele(a) terá um dia bom ou ruim.	8(26,6)	-	1(3,3)	2(6,6)	19(63,3)
23) Eu geralmente posso prever a evolução da doença dele(a).	13(43,3)	-	-	-	17(56,6)
27) O sofrimento físico dele(a) é previsível. Eu sei quando ele(a) vai piorar.	10(33,3)	3(10)	-	1(3,3)	16(53,3)

O item 19 apresentou polarização de respostas, em que a maioria dos participantes referiu que geralmente sabe se a criança “terá um dia bom ou ruim” (69,9%), manifestando baixo grau de incerteza.

A análise estatística dos quatro domínios Ambiguidade, Falta de Clareza, Falta de Informação e Imprevisibilidade é apresentada na Tabela 7.

Tabela 7 – Quadro sintético dos domínios da Teoria de Mishel. Brasília, DF, Maio de 2017 a Julho de 2018.

Domínios (pontos)	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Ambiguidade (13-65)	35,00	8,67	17	56
Clareza (9-45)	23,80	7,99	13	37
Informação (5-25)	12,13	5,55	5	25
Imprevisibilidade (4-20)	10,66	5,44	4	20
Total (31-155)	81,60	17,11	51	118

Os dados da Tabela 7 devem ser interpretados conforme os itens de cada domínio, pois a média é calculada a partir da pontuação destes. Cada domínio apresenta a sua pontuação, que é calculada pelo número de itens multiplicado à pontuação referente à sua resposta, por participante. Nesse sentido, o domínio Ambiguidade variou entre 17 e 56 e apresentou uma

média de 35 pontos. Nesse domínio, os itens com as respostas discordo ou discordo totalmente foram predominantes (57,17%), conforme a Tabela 3.

O domínio Falta de Clareza variou entre 13 e 37, com média de 23,8 pontos e os itens com respostas discordo ou discordo totalmente foram de 58,51%, segundo a Tabela 4. Já no domínio Falta de Informação, houve variação entre os extremos de 5 e 25, com média de 12,13 pontos e os itens com respostas discordo ou discordo totalmente foram de 64%, conforme a Tabela 5. O domínio Imprevisibilidade, em que todos os itens possuem pontuação invertida, variou entre 4 e 20, com média de 10,66 pontos e os itens com respostas concordo ou concordo totalmente foram de 57,5%, conforme a Tabela 6.

Por fim, no escore total dos domínios, a pontuação variou entre 51 e 118, com média de 81,6 pontos. Considerando os 31 itens, as respostas discordo ou discordo totalmente, observando a adaptação dos itens invertidos, corresponderam a 58,7% dos dados.

A confiabilidade da escala foi avaliada através da mensuração de sua consistência interna, com o coeficiente de Alpha de Cronbach, como exibe a Tabela 8.

Tabela 8 – Alpha de Cronbach entre os itens dos quatro domínios da Escala de Incerteza de Mishel. Brasília, DF, Maio de 2017 a Julho de 2018.

Domínios da escala	Numero itens	Alpha de Cronbach
Escala total	31	0,725
Ambiguidade	13	0,644
Falta de clareza	09	0,678
Falta de informação	05	0,662
Imprevisibilidade	04	0,781

Discussão

No presente estudo, a maioria dos participantes foi do sexo feminino e referiu ser mãe da criança. Esses dados condizem com a literatura, que defende que, no caso de pacientes adultos, o cuidador geralmente é o cônjuge ou os filhos adultos, e já no caso de criança ou adolescente, geralmente o cuidador principal é a mãe, em menor número de vezes o pai ou outro parente responsável, como irmãos, avós ou tios¹².

Quanto aos recursos financeiros, a renda familiar média da amostra está abaixo do valor de rendimento nominal mensal domiciliar per capita do Distrito Federal, de R\$2.548,00 em 2017¹³. Estudo¹⁴ verificou que pacientes com os códigos postais relacionados à menor

condição financeira, eram mais propensos a ser readmitidos em comparação com os pacientes de códigos postais de renda mais altas, trazendo assim, o impacto dos fatores sociodemográficos sobre o evento readmissão.

Ainda nesse contexto, as escolaridades majoritárias da amostra foram ensino fundamental incompleto e ensino médio completo. A escolaridade do responsável pode ser vista como fator preditor para readmissão, em que quanto menor a escolaridade, maior o risco de readmissão, por sua provável relação com a renda e condições de acesso aos serviços de saúde⁵.

Quanto aos fatores clínicos, as condições crônicas podem gerar readmissões não evitáveis devido a complicações esporádicas e agudizações do quadro⁴. Em contrapartida, o acompanhamento pós-alta e a contrarreferência às Unidades Básicas de Saúde podem reduzir o índice de readmissões potencialmente evitáveis^{15,16}, sendo esse aspecto relevante no presente estudo, visto que mais de um terço das crianças readmitidas não recebeu acompanhamento após a alta hospitalar.

No que diz respeito à Teoria da Incerteza de Mishel e aplicação da escala com os familiares, considerando o escore total dos domínios, percebeu-se reduzido nível de incerteza geral, pois as respostas discordo ou discordo totalmente mostraram-se majoritárias, respeitando o escore dos itens invertidos.

Todavia, o domínio Ambiguidade (Tabela 3), que consiste em aspectos relacionados ao enfrentamento do curso da condição clínica e a incerteza quanto ao futuro da doença, apresentou tendência de maior nível de incerteza, pois teve média (35) mais próxima ao valor máximo (65), quando comparado aos demais domínios. Viu-se que a maioria dos participantes relatou não saber o que acontecerá com a criança, reconhecendo o risco de descoberta de novas implicações, além de não poder fazer planos para o futuro. Isso se relaciona com dois postulados da Teoria, que trazem que: em condições de incerteza contínua, os indivíduos podem desenvolver uma nova perspectiva de vida que aceita a incerteza como algo natural; e que a exposição prolongada à incerteza percebida como perigo pode conduzir a pensamentos incômodos e perturbação emocional, a depender da qualidade de enfrentamento e adaptação do familiar⁷.

Ao reconhecer que a criança tem dias bons e ruins, notou-se manifestação de incerteza, pois sugere oscilação do quadro clínico, relacionando-se ao terceiro postulado da teoria⁷,

devido à menor familiaridade do evento. A preocupação com o futuro pode estar relacionada à existência de sonhos e expectativas de sucesso educacional, emocional e interpessoal da criança¹⁷ em conflito com sua condição clínica e seu prognóstico.

O domínio Falta de Clareza (Tabela 4) apresentou baixa incerteza, pois 77,7% participantes mostraram-se bem esclarecidos através dos escores dos itens em discordo ou discordo totalmente. Neste domínio, os participantes relataram adequada compreensão das explicações e, ao considerar acessível a linguagem dos médicos e enfermeiros, mostraram evidência do quarto postulado da teoria de Mishel⁷. Este indica que o quadro de estímulos pode ser influenciado pela rede de apoio ao indivíduo, impactando na redução da incerteza. Como integrante dessa rede, o profissional de saúde, ao dirigir-se ao paciente e à família, necessita adaptar a linguagem conforme a necessidade do indivíduo, respeitando sua autonomia, dignidade e curiosidade¹⁸.

O domínio Falta de Informação (Tabela 5) foi o de menor incerteza, pois 80% dos participantes mostraram-se bem informados através dos escores dos itens em discordo ou discordo totalmente. Quanto à manifestação da incerteza por meio da discordância majoritária de um diagnóstico definitivo, é importante destacar que o reconhecimento de um diagnóstico definitivo pode favorecer a adaptação do familiar, como aduz um estudo realizado com familiares de pacientes com demências¹⁹. No mesmo domínio, viu-se que há certo entendimento do quadro clínico e do tratamento pela maioria dos participantes. Nesse sentido, destaca-se a relevância de informar e explicar o manejo clínico e as intervenções de enfermagem para o paciente e sua família, o que pode reduzir a ansiedade no enfrentamento da condição²⁰.

O domínio Imprevisibilidade (Tabela 6) apresentou média próxima ao valor médio de escore e, considerando a dispersão de respostas aos itens, é inconclusivo utilizar os valores das médias para avaliar a incerteza referente a esse domínio, como indica estudo prévio¹⁹.

O domínio Ambiguidade foi também predominante em outros estudos^{10,19} envolvendo diferentes condições clínicas, com participantes de faixa etária semelhante ao presente estudo. A literatura traz que, na vida, os adultos jovens preocupam-se com o futuro desenvolvimento pessoal e alcance de expectativas, enquanto que, com o envelhecimento, a preocupação está mais relacionada à manutenção de função e autonomia²¹. Esse aspecto pode explicar a manifestação da incerteza na perspectiva de Ambiguidade na população deste estudo, considerando a média de idade dos participantes e a projeção de futuro relatada.

Ademais, quanto à consistência interna do questionário, encontrou-se coeficiente de Alpha de Cronbach superior a 0,7 na escala total e próxima a esse valor nas subescalas. A avaliação da consistência é importante para analisar se o instrumento utilizado na pesquisa consegue inferir ou medir aquilo a que realmente se propõe, conferindo relevância para a pesquisa²².

Conclusão

Nesta população, os aspectos relacionados à incerteza mostraram-se em maior tendência no domínio Ambiguidade, refletindo dificuldade em planejar o futuro e gerar projeções. O predomínio da Ambiguidade pode estar relacionado à tenra idade das crianças e a existência de expectativas, por parte do familiar, quanto a realizações, sucesso, cura e desenvolvimento da criança.

Os domínios Falta de Clareza e Falta de Informação destacaram a importância das explicações, da linguagem utilizada e do conhecimento do quadro clínico, refletindo positivamente na escala.

O entendimento da percepção do familiar frente ao fenômeno e a investigação de fatores preditores para readmissão são aspectos importantes para a minimização dos impactos da readmissão hospitalar pediátrica. Neste estudo, os aspectos socioeconômicos e clínicos mostraram relevância e possuem pontos passíveis de intervenção, como a abrangência do acompanhamento pós-alta.

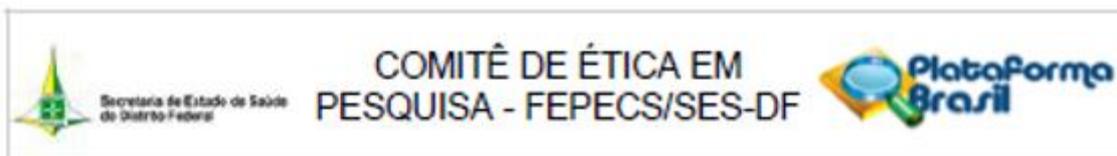
Por fim, destaca-se a importância de futuros estudos longitudinais com avaliação da incerteza conforme o desenvolvimento do quadro clínico, rastreando condições de possível dificuldade de enfrentamento.

Referências

1. Bianco A, Mole A, Nobile CG, Di Giuseppe G, Pileggi C, Angelillo IF. Hospital readmission prevalence and analysis of those potentially avoidable in southern Italy. *PloS one*. 2012;7(11):e48263.
2. Valera RB, Turrini RNT. Fatores relacionados à readmissão de pacientes em serviço hospitalar de emergência. *Ciencia y Enfermeria*. 2008;14(2): 87-95
3. Lima RRS. Readmissões pediátricas em um hospital público do Distrito Federal [dissertação]. Brasília – Universidade de Brasília; 2016.
4. Berry JG, Hall DE, Kuo DZ, Cohen E, Agrawal R, Feudtner C, et al. Hospital utilization and characteristics of patients experiencing recurrent readmissions within children's hospitals. *JAMA*. 2011; 305(7):682-690
5. Berry JG, Toomey SL, Zaslavsky AM, Jha AK, Nakamura MM, Klein DJ, et al. Pediatric readmission prevalence and variability across hospitals. *JAMA*. 2013; 309(4):372-380

6. Likert RA. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. 1932;22(140):5-55
7. Mishel MH. Uncertainty in illness. *J. Nurs. Scholarsh*. 1988; 20:225–232
8. Barbosa IV. Tradução, adaptação e validação da Mishel Uncertainty in Illness Scale for Family Members: aplicação em familiares de pessoas com paraplegia [tese]. Fortaleza – Universidade Federal do Ceará; 2012.
9. He S, Yo LM, Zheng J, Bi YL. Uncertainty and personal growth through positive coping strategies among Chinese parents of children with acute leukemia. *Cancer Nurs*. 2016; 9(3):205-12.
10. Wang KK, Chen IH, Chen M. Uncertainty of Parents With Children Undergoing Herniorrhaphy. *Clin Nurs Res*. 2018;27(3):343-36
11. Hair J, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise multivariada de dados. Porto Alegre: Bookman, 2005.
12. Sampaio AS. Cuidando do cuidador: perspectiva de atuação psicológica em uma casa de apoio. *Psicol Argum*. 2011;29(67):491-8.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população residente, segundo as Unidades da Federação. 2017.
14. Riese J, McCulloh RJ, Koehn KL, Alverson BK. Demographic factors associated with bronchiolitis readmission. *Hosp Pediatr*. 2014;4(3):147-52
15. Brittan MS, Sills MR, Fox D, Campagna EJ, Shmueli D, Feinstein JA, et al. Outpatient follow-up visits and readmission in medically complex children enrolled in Medicaid. *J Pediatr*. 2015;166(4):998-1005
16. Ferreira M, Dias BM, Mishima SM. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. *Rev. Eletr. Enf.*, 2012;14(4):760-770
17. Silva BT, Silva MRS. Necessidades e preocupações dos pais em diferentes etapas do ciclo vital. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(6):957-64.
18. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessário a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1997.
19. Costa JLS. As demências na perspectiva do familiar à luz da teoria das incertezas de Mishel [dissertação]. Brasília – Universidade de Brasília; 2017.
20. Lopes JL, Barbosa DA, Nogueira-Martins LA, Barros ALBL. Nursing guidance on bed baths to reduce anxiety. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(3):437-43
21. Ebner NC, Freund AM, Baltes PB. Developmental changes in personal goal orientation from young to late adulthood: from striving for gains to maintenance and prevention of losses. *Psychology and Aging*. 2006; 21(1)664–78.
22. Matthiensen A. Uso do Coeficiente Alfa de Cronbach em Avaliações por Questionários. SEBRAE. 2011.

ANEXO I – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil das Readmissões em uma Unidade de Internação Pediátrica

Pesquisador: Raiza Rana de Souza Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44493415.0.3001.5553

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.167.834

Data da Relatoria: 03/08/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

O objetivo deste estudo consiste na caracterização do perfil de readmissões das internações na clínica pediátrica do Hospital Regional de Ceilandia (HRC) em crianças de até 5 anos de idade, atendidas de Janeiro de 2014 até Dezembro do mesmo ano. Será um estudo exploratório, descritivo, transversal de abordagem mista explanatória sequencial. Os dados quantitativos serão obtidos através da amostra de dados secundários provenientes dos registros de internações da unidade pediátrica, enquanto os dados primários serão coletados por intermédio de entrevistas realizadas com responsáveis por crianças readmitidas e internadas na mesma unidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo do estudo consiste na caracterização do perfil de readmissões das internações na clínica pediátrica do Hospital Regional de Ceilandia (HRC) em crianças de até 5 anos de idade.

Objetivo Secundário:

- Identificar e quantificar o perfil de morbidade das crianças de até 5 anos readmitidas na pediatria do HRC de Janeiro até Dezembro de 2014;
- Traçar o perfil de classificação de risco das crianças readmitidas;

Endereço: SMHN 2 Qd S01 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 1.167.834

- Identificar os fatores de risco (causas) das readmissões;
- Relacionar o perfil de classificação de risco e a taxa de readmissões;
- Caracterizar e entrevistar os responsáveis pelas crianças readmitidas."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nas palavras da pesquisadora responsável:

"Riscos:

Essa pesquisa tem como riscos a divulgação de informações obtidas através dos prontuários e das entrevistas realizadas, além de possíveis constrangimentos durante elas, entretanto, serão explicadas para todos os participantes a finalidade e as etapas da pesquisa, bem como o comprometimento quanto a manutenção do sigilo ético e confidencialidade dos dados e a possibilidade de desistência de participação da pesquisa a qualquer momento, de modo a minimizar as possibilidades de riscos e de constrangimentos.

Benefícios:

Através desta pesquisa, tanto o serviço de saúde quanto os pacientes que o utilizam serão beneficiados pela otimização da assistência às crianças e seus familiares atendidos, proporcionando atendimento individualizado e baseado nas suas reais necessidades, além da melhora nos processos de trabalho da equipe de saúde por intermédio do acolhimento e da gestão dos atendimentos."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Após análise do projeto, concordamos e aprovamos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Cumprido.

Apresentou: 1. projeto em word; 2. folha de rosto; 3. termo de concordância da UNB; 4. termos de anuência da Instituição HRC; 5. currículo lattes dos pesquisadores; 6. TCLE

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 1.167.834

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 03 de Agosto de 2015

Assinado por:
Helo Bergo
(Coordenador)

ANEXO II - Normas para submissão de artigo científico pela Revista Baiana de Enfermagem (RBE)



PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Artigos originais

Pesquisa original e inédita de natureza empírica, experimental, conceitual, com metodologia (qualitativa ou quantitativa), discussão e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, tabelas, ilustrações e referências).

Independente da categoria, os manuscritos para submissão à RBE devem ser preparados da seguinte forma:

- Arquivo do Microsoft® Office Word (*.doc ou *.docx).
- Papel A4 (210x297 mm) e margens de 2 cm em todos os lados.
- Fonte Times New Roman, tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas), espaçamento de 1,5 entre as linhas em todo o texto (exceto para os resumos, ilustrações e referências, que devem ter espaçamento simples), parágrafos com recuo de 1,25 cm.
- As páginas devem ser numeradas na parte inferior direita, consecutivamente, até as Referências.
- O uso de negrito deve restringir-se ao título do artigo e das seções primárias (Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão, Conclusão) e as Referências do manuscrito.
- Itálico deve ser aplicado somente para destacar termos ou expressões escritas em idiomas diferentes do português, quando esta for a língua de origem.
- Os títulos das seções textuais – Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão – devem ter caixa alta somente na primeira letra, negrito, sem numeração e sem recuo à esquerda.
- Se necessário, é permitida a inclusão de subtítulos em algumas seções textuais, mantendo o mesmo formato do título da seção. Não é permitido o uso de excessivas subseções, palavras de grande extensão e em itálico, e marcadores do Microsoft® Office Word.
- Em caso de abreviações e siglas, na primeira menção, apresentar a descrição por extenso seguida da abreviatura entre parênteses. As abreviações somente deverão ser utilizadas no corpo do texto. Nas notas de rodapé não serão aceitas.

- O alinhamento do texto, incluindo as referências, deve ser justificado, de modo que o texto seja distribuído uniformemente entre as margens.
- As falas de participantes de pesquisas, com recortes das entrevistas, não devem constar entre aspas. Observar a seguinte estrutura: recuo de todo o parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples. As falas devem ser identificadas com codificação a critério da(o)s autora(e)s, com sua identificação apresentada no final de cada uma, entre parênteses e sem itálico e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso de reticências entre colchetes. As interpolações devem constar dentro de colchetes (NBR 10520), em fonte normal, não usar itálico.
- As citações numéricas dos autores (Vancouver) devem ser apresentadas no texto, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas. As Referências devem ser numeradas de acordo com a sequência em que as obras d(o)s autora(e)s foram citadas. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação.
- Quando a citação estiver inserida no final do parágrafo ou da frase, o número que lhe corresponde deve ser colocado antes do ponto final; quando inserida ao lado de uma vírgula, deve constar antes dela. Não deve haver espaço entre o número da referência e a palavra ou pontuação que a antecede.
- Não inserir citações na seção Conclusão.
- Deve ser usado o mínimo de siglas e somente após terem sido citadas por extenso no texto; não usar siglas em títulos de artigo e de seção, no resumo, nas ilustrações e nas tabelas.

ESTRUTURA

A estrutura do manuscrito deve seguir a seguinte ordem:

Título

Deve refletir o objeto do estudo, ser conciso e compreensível. Possuir no máximo 15 palavras, no idioma de origem, em negrito e caixa alta. Não devem ser usadas abreviaturas e siglas.

Resumo

Redigido em parágrafo único, no idioma de origem do manuscrito (português, inglês e espanhol) com espaçamento simples entre linhas, contendo até 150 palavras no idioma do manuscrito. Estruturado em Objetivo(s), Método, Resultados e Conclusão, sem destacar essas expressões com negrito. Descrever a conclusão para responder ao(s) objetivo(s) do estudo. Não deve conter siglas ou abreviaturas não padronizadas internacionalmente.

As informações apresentadas devem assegurar a clareza do texto e a fidedignidade dos dados; jamais apresentar dados divergentes.

Para os artigos em português, os resumos em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen) serão exigidos apenas para os artigos que forem aceitos para a publicação na tradução do texto na

íntegra. E para os artigos em outros idiomas após aceitos para a publicação serão exigidos o resumo e o texto na íntegra em português

Descritores

Usar três a seis descritores que identifiquem a temática do estudo, localizados logo após os resumos. Usar a terminologia descritores para os textos em português, descriptors em inglês e descriptores em espanhol. Devem ser extraídos do vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) ou Medical Subject Headings (MeSH) elaborado pela National Library of Medicine (NLM).

Devem ser separados entre si por ponto e ter as primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa-alta, exceto artigos e preposições.

Introdução

Deve situar o tema da pesquisa enquanto objeto de relevância científica e social. Conter a problemática do estudo, objeto de estudo, justificativa, explicitação dos conceitos utilizados, justificar a importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

O texto deve apresentar nexos, sequência lógica e designação completa das siglas e abreviaturas de forma a preceder a primeira ocorrência destas no texto (a menos que se trate de uma unidade de medida padrão). O(s) Objetivo(s) deve(m) ser inserido(s) no final da Introdução e corresponder ao(s) do resumo.

Objetivo(s)

Deve(m) estabelecer a questão principal, hipóteses e/ou pressupostos e iniciar com o verbo no infinitivo.

Método

Deve ser adequado ao tipo e objeto de estudo proposto e descrever de forma clara, concisa e completa o tipo e a natureza da pesquisa, campo/lócus, população/amostra/participantes, critérios de inclusão e exclusão, período e procedimentos/materiais adotados na coleta de dados, instrumento(s) utilizado(s), análise e tratamento dos dados e aspectos éticos.

É necessário apresentar, em documento anexo, o protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o número do CAEE obtido na plataforma Brasil e informar, no texto, sua condução de acordo com os padrões éticos exigidos. Em caso de pesquisas realizadas em outros países, deverá ser enviado, em anexo, um documento comprobatório de obediência às normas equivalentes ao país de origem da pesquisa. Em se tratando de ensaio clínico, deve ser apresentado o número de identificação do estudo num dos sistemas de Registro de Ensaios Clínicos validados pela World Health Organization (WHO) e pelo ICMJE, e estar de acordo com as recomendações da BIREME, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e WHO sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados.

Resultados

Descrever os resultados sem discuti-los e sem citação de autores. Os resultados devem ser coerentes com o(s) objetivo(s) do estudo, apresentar nexos e sequência lógica. Caso sejam utilizadas ilustrações, devem ser inseridas no corpo do texto (máximo de cinco). Deste modo, deve ser exposta a descrição sumária dos principais resultados, sem repetir o inteiro teor do conteúdo das ilustrações e tabelas.

Discussão

A discussão deve ser apresentada separadamente dos resultados, admitindo-se exceção para estudos qualitativos, coerente com os resultados, ter argumentação pertinente e consistente, estar fundamentada nos conceitos/teoria/referencial adotados. O texto deve apresentar nexos e sequência lógica. Deve destacar os resultados e sua relação com a literatura nacional e internacional, ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas.

Não repetir em detalhes informações inseridas nas seções Introdução ou Resultados. Nos estudos experimentais, deve-se começar a discussão com um breve resumo dos principais achados e, na sequência, explorar as possíveis relações/explicações para esses resultados, comparando-os e contrastando-os com outros estudos relevantes nacionais e internacionais.

Ao final da Discussão, apresentar as limitações e contribuições do estudo.

Conclusão

Deve estar coerente com o objeto/questão norteadora, objetivo(s) e resultados do estudo, e limitar-se às evidências descritas no manuscrito. O texto deve apresentar nexos e sequência lógica.

Tabelas

As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular do IBGE, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>.

- Devem ter título informativo, conciso e claro, contendo “o que”, “de quem”, cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto, localizado acima da tabela. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra N. Não deve ter ponto final.

Exemplo: Tabela 1 – Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, Bahia, Brasil, 2014. (N=209)

- Os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela.
- Devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e no fechamento na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.
- Usar a mesma fonte do texto (Times New Roman, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável e nas abreviaturas e siglas padronizadas.

- Não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla Enter, recuos utilizando a tecla Tab, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do Microsoft® Office Word e cores nas células.
- Evitar tabelas extensas.
- Tabelas muito curtas devem ser convertidas em texto.
- A legenda deve estar localizada após a linha inferior da tabela, restrita ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando os termos em caixa alta separados da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula. Usar fonte Times New Roman, tamanho 10. O teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda.
- Os conteúdos das colunas, complementar ao título, deve estar indicado no cabeçalho da tabela, sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros; citar a fonte abaixo da linha inferior da tabela ou abaixo da legenda (se existir). Ex.: Fonte: Elaboração própria.; Fonte: Datasus (2014); Fonte: Tuomi et al. (2011).

Referências

Utiliza-se nessa seção o título “Referências” e não “Referências bibliográficas”. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Devem ser numeradas de acordo com a ordem numérica de citação do corpo do texto. Recuar as demais linhas da mesma referência, quando for o caso, de modo que fiquem alinhadas com a primeira letra da primeira linha.

As fontes citadas devem estar coerentes com o objeto do estudo e estritamente pertinentes ao assunto abordado. Em sua maioria, devem estar atualizadas (no mínimo 50% publicadas nos últimos 5 anos), de acordo com a literatura científica nacional e internacional. Sugere-se a citação de pelo menos 5 artigos referentes a estudos internacionais, os quais não incluem estudos brasileiros publicados na língua inglesa ou outro idioma diferente do português.

A RBE adota o estilo Vancouver para citação e elaboração de referências, disponível no endereço eletrônico (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>).

Os títulos dos periódicos internacionais devem ser abreviados de acordo com a List of Journals Indexed for MEDLINE, publicada anualmente, pela National Library of Medicine (<https://www.nlm.nih.gov/archive/20130415/tsd/serials/lji.html>).

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino- americanos, consultar o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://portal.revistas.bvs.br>). Deve-se eliminar os pontos das abreviaturas, com exceção do último ponto para separar do ano.

Para os Artigos Originais, devem ser utilizadas no máximo 25 referências. Nos Artigos de Revisão não há limite máximo de referências; deve-se observar o número de páginas para esta modalidade de artigo segundo as normas da RBE.